

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

231

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

KATZ David

Né à PÉTROSENI (Roumanie) le 4 Septembre 1903

Étude Clinique et Thérapeutique
des Ruptures traumatiques
de la Rate saine

Président de Thèse : M. le Professeur LENORMANT

PARIS

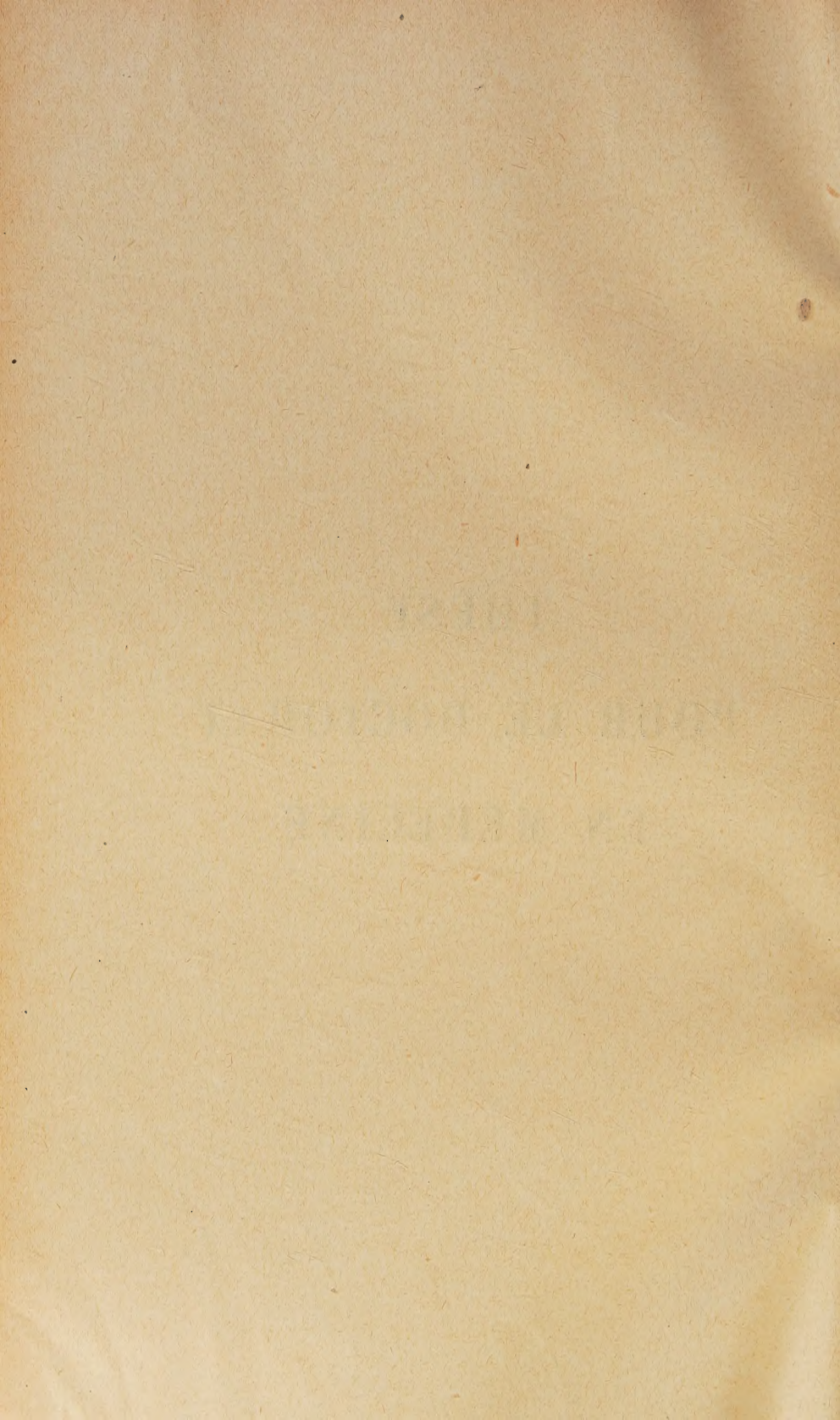
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

KATZ David

Né à PÉTROSENI (Roumanie) le 4 Septembre 1903

Étude Clinique et Thérapeutique
des Ruptures traumatiques
de la Rate saine

Président de Thèse : M. le Professeur LENORMANT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSENGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	N...
	N...
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.

MM.

LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
X...	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
X...	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphillographie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTNER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale
DEBRÉ	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

*Qui a bien voulu nous faire le très
grand honneur de présider notre thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS:

MM.

Professeur GILBERT (*in memoriam*);

Professeur DELBET;

Professeur agrégé LÉVY (*in memoriam*);

Professeur BAUMGARTNER;

Professeur MARFAN;

Professeur RATHERY;

Professeur GUILLIN;

Professeur CHIFOLIAU;

Professeur HEITZ-BOYER;

Professeur MACÉ;

Professeur GOUGEROT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HARTGLAS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris;
Chirurgien en Chef de l'Hôpital de Meaux;
Croix de Guerre.

*En témoignage de notre profonde
admiration et reconnaissance de tous
les conseils éclairés qu'il nous prodigua.
Et nos vifs remerciements pour
le sujet de cette thèse qu'il voulut bien
nous inspirer.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERTAUX

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris;
Chirurgien de l'Hôpital d'Arles;
Chevalier de la Légion d'Honneur;
Croix de Guerre.

*Témoignage de sincères reconnaissances
et profonde gratitude pour son
enseignement et pour l'accueil qu'il
nous a réservé.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILPELLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris;
Médecin-Chef de l'Hôpital de Meaux.

*Témoignage de sincère reconnaissance
pour son enseignement et pour
l'accueil qu'il nous a réservé.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIBERT

Radiologiste des Hôpitaux de Paris.

A MES PARENTS

Hommage de piété filiale et de profonde reconnaissance pour les sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

A MA FEMME



A MES BEAUX-PARENTS



A MES FRERES ET SŒURS



A MES AMIS

MM. les Docteurs MENYASZ, SINGER, YVENFELD, JAÏNA,
LACROIX, P. RENARD.

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Pendant notre internat à l'Hôpital de Meaux, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de rupture traumatique de la rate saine avec inondation péritonéale. Pour chaque cas le même problème s'est posé, à savoir : à quel genre de syndrome abdominal avions-nous à faire ? Péritonite ou hémorragie intrapéritonéale ?

Dans la majorité des cas en effet les symptômes se confondent; les signes de la rupture d'un viscère creux se retrouvent en majeure partie dans les cas d'hémorragie, à condition, bien entendu, que les malades soient examinés aussitôt après l'accident. D'autre part, il arrive que la rupture de la rate soit provoquée par un traumatisme insignifiant et même si minime (voir notre observation n° 2) qu'on le retrouve difficilement, et ceci n'est pas fait pour faciliter le diagnostic.

Nous nous sommes proposé, dès qu'il existe le moindre soupçon d'hémorragie interne, de pratiquer systématiquement la numération des globules rouges.

Cet examen, facile, rapide, réalisable dans n'importe quel centre chirurgical, nous a été d'un grand secours. La numération globulaire nous a toujours montré une diminution notable du nombre des hématies qui nous a permis d'affirmer l'existence d'une hémorragie intra-péritonéale et d'intervenir aussitôt pour le plus grand bien de nos blessés.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur le choix de la voie d'abord, et lorsque le diagnostic de rupture de la rate n'est pas formellement posé, ils hésitent souvent entre les différentes variétés d'incision. Toutes ces incisions présentent des inconvénients, nous n'en voulons pour preuve que le nombre : on en a préconisé 23. A notre sens, l'incision de beaucoup la plus préférable est la laparatomie médiane sus-ombilicale prolongée au-dessous de l'ombilic, plus ou moins bas suivant le cas.

Il nous a été permis d'observer un certain nombre d'interventions sur les différents organes intra-péritonéaux faites par laparatomie médiane, et nous n'avons jamais vu être gêné, du moment que l'on faisait une incision suffisamment longue.

Elle a de gros avantages au point de vue des suites opératoires. Nous avons vu, en effet, que presque toujours les blessés opérés par laparatomie médiane guérissent très bien, et ont une paroi solide.

Dans les autres variétés d'incision, au contraire, on a souvent des ennuis, notamment des éventrations.

ETIOLOGIE

Il est d'une importance capitale de bien faire l'interrogatoire du malade. Si, dans la plupart des cas, la notion du traumatisme est évidente, il n'en est pas toujours ainsi. Un de nos malades ne se rappelait pas avoir reçu un choc, si minime soit-il.

Mais, le plus souvent, les blessés ont subi un traumatisme plus ou moins violent sur l'hypocondre gauche : chute d'un lieu élevé, ou sur un corps contondant, coup de pied de cheval, coup de poing dans la région épigastrique (voir le malade vu et opéré par le Docteur Séjournet), accidents de chemin de fer, d'automobile, de motocyclette. Parfois, il arrive que le choc n'ait pas porté directement sur l'hypocondre gauche, mais sur une autre partie de l'abdomen ou du thorax.

Il est bien entendu que nous ne prenons en considération que les rates absolument anormales, sans tare pathologique, car nous savons bien que les rates hypertrophiées au cours d'un état morbide, sont fragiles et peuvent se rompre facilement. Il en est ainsi

des rates paludéennes principalement, accessoirement, des rates typhiques, leucémiques, tuberculeuses ou syphilitiques, qui n'ont pas besoin d'un traumatisme bien conséquent pour se déchirer.

Nous ne nous occupons pas non plus des cas de ruptures dites spontanées, telles que Quenu en a signalés au cours de la grossesse ou de l'accouchement, et qui ne nous intéressent pas dans cette étude.

SYMPTOMATOLOGIE

Dès l'inspection, on est frappé par la pâleur du facies, le malade est anxieux, sa respiration est superficielle. Nous avons plusieurs fois remarqué une agitation continuelle du malade qui gémit constamment et cherche une position de relâchement; un de nos malades s'est mis en chien de fusil.

Dans certains cas, le blessé est prostré, présente un état syncopal, ne bouge pas et ne répond pas à l'interrogatoire. Si l'on interroge l'entourage, on apprend que le traumatisme s'est accompagné d'une douleur violente qui a été jusqu'à la syncope. Cet état syncopal peut durer de quelques secondes à quelques minutes, puis le malade revient à lui petit à petit.

Certains auteurs n'accordent pas beaucoup d'importance à cette syncope du début qu'ils attribuent à un phénomène de Shock, contrairement à la syncope tardive qu'ils considèrent comme beaucoup plus significative. Cette dernière survient quelques heures, voire même quelques jours après l'accident; elle serait

pathognomonique d'une hémorragie intra-péritonéale.

Quénu dit en effet : « La syncope non immédiate, celle qui survient quelques minutes, quelques heures, quelques jours après le traumatisme abdominal, surtout si ce traumatisme a porté sur l'hypochondre gauche, est un signe presque pathognomonique de rupture de la rate; elle veut dire que la rate rompue recommence à saigner; elle constitue, à mon sens, une indication opératoire formelle. »

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer ces syncopes tardives, nos malades ayant été opérés dans les premières heures après l'accident.

Lorsqu'on examine le blessé aussitôt après l'accident, on constate qu'il présente un pouls rapide, filant, qui peut-être n'est pas dû à la perte de sang, mais plutôt au shock traumatique, car dans l'heure qui suit l'accident, il devient plus ample et moins fréquent. Mais si l'on surveille le blessé d'heure en heure, on constate que peu à peu il s'affaiblit et s'accélère à nouveau.

La température est normale ou même au-dessous de la normale, mais jamais en rapport avec le pouls. Toutefois, dans un cas que nous avons observé, le blessé a eu une température de 38°, et un pouls de 80, et pourtant sa cavité péritonéale était pleine de sang.

Dans certains cas rares, on peut constater quelques vomissements.

LA DOULEUR

La douleur spontanée est généralement très marquée, elle siège presque toujours dans l'hypochondre gauche, mais il peut arriver qu'elle soit généralisée à tout l'abdomen, ou même localisée à un autre point du ventre; on a cité des cas où elle siégeait à l'hypochondre ou au flanc droits : cette éventualité est exceptionnelle heureusement, car elle n'est pas faite pour faciliter le diagnostic.

Lorsque la douleur irradie à l'épaule gauche, elle constitue un signe précieux, presque pathognomonique, en faveur de la rupture de la rate.

EXAMEN PHYSIQUE

LA PALPATION

La palpation du ventre, si douce soit-elle, provoque toujours une douleur assez violente, qui peut être plus marquée dans l'hypochondre gauche, mais est souvent généralisée à tout le ventre.

Parfois la palpation en un point quelconque de l'abdomen réveille une douleur aiguë au niveau de la rate.

On a beaucoup discuté pour savoir si oui ou non il existe de la contracture abdominale. D'après Lecène il y aurait presque toujours une contracture localisée à l'hypochondre gauche. On a décrit des cas dans lesquels les malades ont présenté une contracture généralisée, absolument semblable au ventre de bois que l'on observe dans la rupture d'un organe creux.

Dans les cas que nous avons pu observer, cette contracture n'existait pas toujours. Il peut même arriver que le ventre soit parfaitement souple et que l'on ne constate pas la moindre défense de la paroi. Mais

nous croyons que ce sont là des cas exceptionnels.

On peut se demander si la contracture est bien due à l'irritation péritonéale par l'hémo-péritoine ou s'il ne s'agit pas simplement d'une contracture d'ordre réflexe comme on peut en observer après une simple contusion ou une fracture des fausses-côtes. Quoiqu'il en soit, lorsqu'elle est localisée à l'hypochondre gauche, la contracture est un signe de grande valeur diagnostique.

LA PERCUSSION

La percussion révèle quelquefois l'existence d'une matité dans les flancs. C'est un signe assez délicat à rechercher et qui demande beaucoup de patience et de persévérance de la part du médecin.

Il faut toujours la rechercher, le malade étant demi-assis, position qui favorise l'écoulement du sang dans les parties déclives, et avoir soin de faire incliner le malade d'abord sur un côté, puis sur l'autre.

Si l'on n'examine le blessé que quelques heures après l'accident, il est souvent impossible de retrouver cette matité à cause d'un léger ballonnement du ventre dû à la distension des anses intestinales; cette distension ne tarde pas à survenir, en effet, par suite de la légère réaction péritonéale qui, sans aucun doute, est d'origine mécanique.

Autres signes :

Il faut toujours pratiquer le *toucher rectal* qui

peut donner des renseignements précieux en cas d'hémorragie intra-péritonéale. Souvent on éveille une douleur exquise dans le cul-de-sac postérieur.

Si l'on prend la tension artérielle de ces malades on constate que :

1° aussitôt après l'accident la tension maxima baisse de 4 à 5 centimètres de mercure;

2° une fois le malade réchauffé, elle remonte un peu, mais ne revient jamais à la normale.

LA NUMÉRATION GLOBULAIRE

Il y a un examen auquel nous attachons une importance capitale, car nous considérons qu'il a une valeur considérable, c'est la numération des globules rouges.

Nous n'avons pas l'intention d'exposer ici la technique d'ailleurs bien simple de cet examen; elle est exposée dans tous les traités d'hématologie et de laboratoire. Mais nous insistons tout particulièrement sur la nécessité de la pratiquer dans tous les cas où l'on soupçonne une hémorragie intra-péritonéale.

Nous l'avons pratiqué chez nos malades aussitôt après leur entrée à l'hôpital et à plusieurs reprises. Le résultat a toujours été positif, c'est-à-dire que nous avons toujours pu constater une diminution notable du nombre des hématies, diminution qui peut aller de 2 à 3 millions et même davantage.

Nous ne croyons pas que les critiques que certains

auteurs ont pu formuler au sujet de la valeur de cet examen soient suffisamment importantes pour nous priver des renseignements précieux que peut fournir la numération globulaire dans les cas où l'on n'est pas absolument certain du diagnostic.

Certains auteurs ont recours non seulement à la numération des globules rouges, mais encore à la recherche du taux de l'hémoglobine, taux qui peut descendre de 90 ou 95 à 70 et même 65 %. Pour notre part, nous n'avons jamais pratiqué cet examen.

D'autres enfin, surtout à l'étranger, ont encore recours à un autre moyen de diagnostic, et font une ponction exploratrice du cul-de-sac de Douglas; c'est une méthode peu sûre qui expose à des accidents : piqure d'une anse intestinale, apport de microbes dans la cavité péritonéale.

Nous ne l'avons jamais pratiquée et nous ne pouvons que la déconseiller.

Signalons enfin, que la radio qui peut donner des renseignements intéressants dans les péritonites par perforation, n'est d'aucun secours dans les ruptures de la rate.

FORMES CLINIQUES

Avec Quénu nous pouvons distinguer plusieurs variétés chimiques de rupture traumatique de la rate.

1° Dans une *première forme : hémorragie immédiate profuse, rapidement mortelle*, les signes d'hémorragie interne sont extrêmement marqués. Les événements se succèdent avec une telle rapidité que l'on n'a pas le temps d'intervenir.

Cette forme survient en général après de gros traumatismes; il se produit un véritable arrachement de la rate et l'hémorragie est tellement abondante que le malade peut mourir en quelques minutes.

Dans ce cas, il ne s'agit souvent que d'un diagnostic d'amphithéâtre qui a une importance au point de vue médico-légal, surtout lorsqu'il s'agit d'un accident du travail.

2° Dans une *seconde forme : hémorragie immédiate abondante*, quoique l'hémorragie soit d'une importance notable, elle ne met pas immédiatement la vie du malade en danger. Le diagnostic en est généralement facile, surtout quand on a la notion du traumatisme ayant porté sur l'hypochondre gauche.

3° Il nous reste encore à étudier les *formes à hémorragie retardée*, d'un diagnostic beaucoup plus délicat. Dans ces formes, la notion du traumatisme manque souvent. L'examen pratiqué immédiatement après l'accident ne révèle pas les signes classiques de l'hémorragie intra-péritonéale ; il y a un véritable intervalle libre qui peut durer quelques heures et même quelques jours, et ce n'est qu'au bout de ce temps que les symptômes se précisent soit peu à peu, soit le plus souvent brutalement à l'occasion d'un nouvel examen ou par le lever précoce qui détermine une reprise de l'hémorragie. Une syncope tardive peut alors mettre sur la voie du diagnostic.

Tel le malade de Séjournet qui ne présenta des signes d'hémorragie interne qu'après un intervalle libre de 33 heures.

4° *Formes à traumatisme insignifiant* (Observ. II).

Nous croyons pouvoir ajouter une quatrième forme clinique, dans laquelle la notion du traumatisme est très difficile à mettre en évidence.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il faut envisager ce problème sous deux angles différents : Y a-t-il ou n'y a-t-il pas lésion intrapéritonéale ? Car en vérité, ce qui importe le plus, ce n'est pas tant de faire le diagnostic exact de la lésion péritonite ou hémorragie, que de savoir si l'on est bien en présence d'un ventre chirurgical qui nécessite une intervention immédiate.

Dans les péritonites traumatiques, le signe le plus important et le plus constant est la contracture généralisée de l'abdomen, le ventre de bois ; dans les heures qui suivent l'accident, le tableau clinique se précise peu à peu ; il y a arrêt des matières et des gaz, de la fièvre, le pouls est rapide, filant, et si on n'intervient pas, on a le tableau classique de péritonite généralisée avec le facies caractéristique, le ballonnement du ventre, les vomissements, et le malade succombe par infection péritonéale.

Quant aux autres variétés d'hémorragie intrapéritonéale, il est des cas où le diagnostic est presque impossible à faire, on ne peut invoquer en faveur

d'une autre localisation de viscère qui saigne que le siège du traumatisme et de la douleur, mais nous avons vu que ces sièges peuvent être trompeurs. Il faudra en tous cas essayer d'écarter les diagnostics de rupture du foie, et de rupture d'une artère mésentérique.

Dans certains cas où l'interrogatoire n'aura pas révélé l'existence d'un traumatisme, on pourra encore penser à une occlusion, une pancréatite aiguë hémorragique, une thrombose de l'artère mésentérique, ce qui est évidemment rare. Il faut également penser à la possibilité d'une colique néphrétique gauche dans laquelle la douleur, au lieu d'irradier en bas vers les organes génitaux, présente, ce qui arrive quelquefois, une irradiation ascendante vers l'épaule gauche.

Dans ces cas difficiles, la numération globulaire rend de grands services. On éliminera enfin le diagnostic d'hémothorax, de pleurésie diaphragmatique, d'hématome périrénal et de fracture ou contusion violente des fausses-côtes à gauche avec contracture réflexe des muscles du flanc gauche.

TRAITEMENT

En présence d'une rupture de la rate, un seul traitement s'impose : l'intervention.

Mais quelle intervention faire ? Le traitement conservateur, ou la splénectomie ?

Nous ne sommes pas partisan du traitement conservateur qui consiste en un tamponnement de la loge splénique ou en une suture de la rate, qui ne sont réalisables que dans très peu de cas et qui donnent des résultats peu encourageants. On expose en effet le malade non seulement à des risques d'hémorragies tardives très ennuyeuses par le fait qu'on hésite à pratiquer une nouvelle opération et qu'on recule le moment de la réintervention, mais encore à des infections localisées ou généralisées.

Nous croyons que le traitement de choix est la splénectomie. C'est une opération rapide et qui ne provoque pas un grand choc opératoire. Bien exécutée, elle ne nécessite pas le drainage de la cavité péritonéale, et on peut en toute sécurité refermer la paroi.

Nous avons déjà dit, et nous ne craignons pas de

répéter, que l'incision qui nous paraît être la meilleure, est la laparatomie médiane sus-ombilicale; prolongée au-dessous de l'ombilic, elle permet d'effectuer aisément la splénectomie. Il suffit d'écarter la paroi avec le grand écarteur de Gosset pour obtenir un jour suffisant.

Nous avons déjà donné les raisons qui nous font préférer cette incision, en particulier le peu de risque d'éventration qu'elle fait courir à l'opéré (surtout si on suture les gaines du grand droit aux crins perdus).

Quant à l'avenir de ces malades splénectomisés, le grand nombre d'observations que nous avons parcourues nous a montré qu'il était très satisfaisant. Nous avons pu revoir nos malades plusieurs mois après leur intervention et nous avons constaté qu'ils mènent une existence tout à fait normale et ne se ressentent en aucune façon de leur splénectomie.

D'ailleurs les statistiques ne mentionnent aucun cas où cette intervention aurait pu être préjudiciable à ces malades.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (personnelle).

M. L... Georges, de La Ferté-sous-Jouarre, âgé de 18 ans, est envoyé d'urgence à l'hôpital de Meaux par son médecin, parce qu'il a fait une chute d'un échafaudage de 5 mètres et est tombé sur le côté gauche.

On est en présence d'un blessé qui s'explique facilement sur les circonstances de l'accident, il indique nettement la région contuse, qui est l'hypochondre gauche, et accuse une douleur violente à la moindre pression de cette région.

Son faciès exprime l'anxiété; sa respiration est haletante, rapide; son pouls est à 100, un peu filant; sa température, 37° 2.

A l'interrogatoire, le malade se plaint de crises douloureuses, pendant lesquelles il a la sensation d'étouffer; ces crises surviennent à des intervalles plus ou moins rapprochés et font penser à des crises douloureuses d'une occlusion intestinale aiguë.

Dès l'inspection de l'abdomen, on note une respiration costale supérieure, le ventre est légèrement ballonné, surtout dans la région épigastrique.

La palpation révèle l'existence d'une contracture généralisée à tout le ventre, mais prédominant dans la région de l'hypochondre gauche.

A la percussion : persistance de la matité hépatique, matité franche dans les fosses iliaques et dans les flancs. Le toucher rectal provoque une douleur aiguë dans le Douglas.

En outre, le malade est atteint d'une fracture du bassin du côté gauche, sans aucun signe de lésion de l'appareil urinaire; il a uriné depuis son entrée, ses urines sont normales et ne contiennent pas de sang.

Devant ce tableau clinique on hésite entre le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale et celui de rupture d'un viscère creux. Le diagnostic est rendu encore plus difficile par l'existence de la fracture du bassin qui à elle seule pourrait être suffisante pour donner un pareil tableau clinique. Pour trancher la question, on décide de pratiquer immédiatement une numération globulaire; elle nous révèle une forte diminution des hématies; on trouve en effet 3.500.000 G. R. Une pareille chute ne peut être expliquée chez un sujet normal que par une forte hémorragie, et comme il n'y a aucune trace d'hémorragie externe d'une part, et que, d'autre part, on a la notion du siège de la contusion, on conclue à une hémorragie intra-péritonéale par rupture de la rate.

On a pratiqué immédiatement une laparatomie médiane sus et sous-ombilicale (Opérateur : D^r Hartglas); on trouve une grosse quantité de sang dans le ventre. Une exploration rapide montre une déchirure du bord externe de la rate; on essaie de faire une suture, sans résultat, et on décide de pratiquer la splenectomie. L'intervention est rendue un peu difficile, non pas par le manque de jour, mais par la brièveté du méso-splénique qui gêne la mise en place des clamps. On vérifie la loge splénique ainsi que le foie pour voir si rien ne saigne plus. On enlève les caillots, mais on laisse le sang liquide épanché dans la cavité péritonéale.

Fermeture de la paroi en un seul plan, sans drainage.

On refait une numération globulaire au bout de quinze jours et l'on trouve une augmentation notable du nombre des globules rouges (4.500.000).

Conclusion.

Le malade revu un an après se porte admirablement bien, il ne se ressent en aucune façon de sa splenectomie, n'a aucune incapacité de travail.

De la lecture de cette observation on peut dégager un fait, c'est qu'il n'y a qu'un élément positif en faveur d'une hémorragie intra-péritonéale : la numération globulaire. Quant aux autres symptômes, on les retrouve dans les différents syndromes abdominaux.

OBSERVATION N° 2 (personnelle).

M. Z... Ignace, ouvrier polonais, demeurant à Mareuil-lès-Meaux, âgé de 27 ans, entre à l'hôpital parce qu'il souffre de son ventre.

L'histoire clinique de ce malade est assez décousue; l'interrogatoire est rendu difficile par son peu de connaissance de la langue française et, d'autre part, par sa nervosité extrême. On arrive tout de même à savoir qu'il n'avait jamais été malade auparavant et que brusquement, le matin, il a été pris de nausées, qu'il a fait des efforts pour vomir sans y parvenir. En même temps il a ressenti une douleur très violente dans le flanc et l'hypochondre gauches; il a eu la « sensation que quelque chose s'était décroché ». La douleur n'a fait qu'augmenter depuis le début, avec des paroxysmes lorsque le malade bouge ou à l'occasion de la toux ou des mouvements respiratoires.

Ce malade a un faciès grisâtre, plombé, qui exprime l'anxiété; son pouls est à 100, sa température à 36° 8. La palpation de la paroi abdominale révèle l'existence d'une contracture douloureuse de la moitié gauche de

l'abdomen, surtout marquée en haut, sous le rebord costal, mais descendant presque dans l'hypogastre.

On a l'impression qu'il s'agit d'une contracture d'ordre réflexe le long du trajet de l'uretère, mais on ne trouve aucune douleur dans la région costo-iliaque gauche, pas de rétraction testiculaire; le malade n'a pas d'anurie.

Pendant l'examen, le sujet est pris à plusieurs reprises de crises douloureuses aiguës pendant lesquelles il s'agite.

La percussion montre un peu de matité dans la fosse iliaque droite. Au toucher rectal, le malade accuse une douleur nette dans le cul-de-sac de Douglas. La matité hépatique persiste.

Discussion du diagnostic.

Le malade a été envoyé dans le service par son médecin avec le diagnostic de crise abdominale aiguë. A cause de la prédominance de la douleur à gauche, on envisage la diagnostic de rupture de la rate, mais malheureusement on ne retrouve aucune notion de traumatisme. Ne trouvant aucune cause susceptible d'avoir provoqué la rupture de la rate, on hésite entre les deux diagnostics de colique néphrétique et de perforation d'ulcus gastrique situé sur la petite courbure, partie gauche de l'estomac.

L'interne du service pense surtout à la colique néphrétique, en se basant sur l'agitation du malade, sur la température normale, et sur l'irradiation descendante de la douleur. Evidemment, il manque des signes : pas de propagation de la douleur aux organes génitaux externes, pas de point douloureux dans la région costo-lombaire gauche, pas de signes vésicaux.

D'autre part, contre la perforation gastrique : aucun antécédent gastrique, prédominance de la douleur à

gauche; c'est à peine s'il y a un peu de contracture dans la région épigastrique, pas de fièvre, matité hépatique normale.

On est très perplexe et on décide d'attendre que les symptômes se précisent.

Un nouvel examen est pratiqué deux heures après et on trouve alors un tableau net de syndrome abdominal de perforation; la contracture s'est généralisée et est devenue très nette; la température est montée à 38° 2, ce qui nous décide à intervenir.

Intervention pratiquée par le Docteur Hartglas.

Petite incision sus-ombilicale. Au grand étonnement des opérateurs, ce n'est pas du pus qu'il y a dans la cavité péritonéale, mais du sang en grande quantité. L'incision est agrandie en bas et on va droit sur la rate. On trouve la loge splénique remplie de caillots, on amène la rate qui est petite, ne présente pas de rupture, mais on trouve de la suffusion sanguine, un léger hématome infiltre la partie inférieure du pédicule vasculaire de la rate, un peu de sang suinte de ce pédicule, mais il n'y a pas de véritable jet artériel. On fait une splénectomie, on vérifie les autres organes, on referme la paroi en un seul plan aux crins.

Aussitôt après l'intervention on pratique une numération globulaire qui donne comme résultat : 3.000.000 d'hématies.

On peut très bien se rendre compte à la lecture de cette observation qu'il n'existait aucun signe en faveur de la rupture de la rate, et si à un moment on a envisagé ce diagnostic, ce n'a été que pour l'éliminer. Si on avait eu l'idée de faire une numération globulaire, la diminution du nombre des globules rouges nous aurait tout de suite mis sur la voie du diagnostic, car, à supposer que le malade ait perdu une certaine quantité de sang pendant l'intervention, ce n'est sûrement pas cette quan-

tité de sang qui a pu faire baisser le nombre des globules rouges au taux de 3.000.000,

OBSERVATION N° 3

Rupture de la rate à symptomatologie retardée.

M. SÉJOURNET (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, tome XXV, n° 5, 1933).

M. T., J., 18 ans.

Garçon très sportif, exercé depuis son enfance à l'entraînement des chevaux de courses, va jouer, le dimanche 11 décembre, un match de football.

Dès le début de la partie, au cours d'une bousculade, il reçoit de l'un des joueurs un coup de poing dans la région épigastrique. Le coup est « encaissé » et notre garçon continue à jouer. Il reste sur le terrain jusqu'au bout, n'éprouvant aucune gêne, aucune douleur, aucune sensation de fatigue.

Rentré chez lui, il se plaint un peu du ventre et se couche.

A 17 h. 30, mon très distingué confrère et ami, le docteur Maurat, est appelé. Les douleurs ont diminué. Il y a eu vomissement et une petite selle diarrhéique. Le ventre est facile à palper. Pas de défense de la paroi. Légère sensibilité sur le trajet du gros intestin. Diète et repos. Pouls et température normaux. A 21 heures, le malade sommeille.

Le 12 décembre, à 10 heures, Maurat apprend que, pendant la nuit, le malade s'est plaint à deux ou trois reprises de douleurs abdominales. Il a eu deux selles. L'abdomen reste souple, légèrement sensible. Pouls 90; température 36° 8.

A 17 heures. Le pouls est à 110, un peu faible; la température à 38°. Maurat m'appelle en consultation.

A 22 heures. Introduit dans la chambre du malade, je trouve un jeune homme dormant paisiblement. Le

visage est bien coloré, la respiration régulière. Je le réveille et l'examine. L'abdomen n'est pas distendu. Il n'existe aucune trace apparente du coup reçu : je fais préciser qu'en somme ce coup de poing s'est réduit à bien peu de chose. La palpation montre un abdomen qui, dans son ensemble, est souple, très souple. Cependant, je suis impressionné de constater qu'à droite la palpation du muscle grand droit détermine une contracture isolée de ce muscle et réveille une douleur profonde. Je m'attache à ce signe; je le retrouve si net, si indiscutable, qu'il acquiert de suite dans mon esprit une grande valeur. Pas de matité dans les flancs, pas de modification de la matité hépatique, pas de sensibilité dans la région des hypochondres droit et gauche.

Le pouls est rapide, plus fréquent, à 120, petit et aisément compressible.

La verge reste en état de demi-érection pendant tout l'examen. C'est pour moi, quand il existe, un signe très sûr de réaction péritonéale.

Cette triade symptomatique : contracture musculaire isolée, pouls faible en voie d'accélération, verge en demi-érection, persistant et s'accusant 33 heures après un traumatisme abdominal, nous parut justifier l'intervention chirurgicale immédiate avec le diagnostic probable de déchirure épiploïque ou mésentérique, accompagnée d'hémorragie interne.

La mère de ce jeune homme, une Anglaise réfléchie et calme, accepte notre décision. Elle demande à ce que son fils soit transporté à Paris. Je m'y oppose : il sera opéré à Chantilly, à l'hôpital Condé, dans le service de Maurat. On descend le malade sur une chaise. Au moment où il monte dans ma voiture, je vois cet enfant pâlir, pousser des gémissements, se plaindre qu'il souffre horriblement.

A la salle d'opération, la situation devient encore

plus alarmante. Le pouls est maintenant incomptable, la pâleur extrême, la syncope imminente. Le malade dut s'asseoir pour uriner : il se produisit alors un phénomène curieux. Tout le sement sous-ombilical de l'abdomen se distendit sous nos yeux, comme si une énorme quantité de liquide venait s'accumuler brusquement au point déclive, remplir le petit bassin, déborder dans les fosses iliaques, atteindre le niveau de l'ombilic. L'inondation sanguine devenait évidente.

Intervention chirurgicale : 23 heures. Anesthésie : éther. Opérateurs : Séjournet, Maurat.

Laparatomie médiane sus et sous-ombilicale. Les téguments incisés, le péritoine apparaît bleu. Ouvert, il donne issue à une énorme quantité de sang épais, visqueux, noirâtre. J'estime à environ trois litres la quantité de sang épanché.

Recherche du point de départ de l'hémorragie. — La recherche du point de départ de l'hémorragie fut laborieuse. Successivement, j'explorai le grand épiploon (partiellement adhérent à une ancienne cicatrice d'appendicectomie), le mésentère, l'intestin grêle, l'estomac, l'arrière-cavité des épiploons, le foie. Un caillot sur le bord gauche du grand épiploon, attiré vers la rate, nous conduisit à cet organe. J'entrevois la déchirure : je branche une courte incision transversale : la déchirure hilaire apparaît.

Splénectomie. — Extériorisation de la rate. La déchirure siège au niveau du hile; elle ne saigne pas : un caillot organisé la protège, ne laissant filtrer aucune goutte de sang. Etant donné les dimensions relativement restreintes de la déchirure, j'ai tenté une suture : le premier point détermine la reprise de l'hémorragie. Je n'insiste pas et je pratique la splénectomie. Dans le lit de la rate : important hématome que j'évacue. Fermeture avec drainage.

Examen de la pièce. — Je vous présente la pièce : la rupture intéresse le hile et le tissu splénique sur une longueur de 4 centimètres et une profondeur de 3 centimètres.

Examen histologique : rate saine.

Suites opératoires. — Sérum physiologique : 2 litres.

Une transfusion sanguine fut prévue pour le lendemain matin. Mon ami Tzanck voulut bien s'en charger.

Avant la transfusion, la tension sanguine atteignait : maximum 8 1/2, minimum 6. Une première transfusion de 500 grammes n'élève pas la tension. Tzanck se fait prélever 350 grammes de sang et les injecte au malade : la tension reste à : maximum 8 1/2, minimum 6. Au bout de 24 heures, la tension était relevée à : maximum 10, minimum 8.

Une numération des globules rouges pratiquée le 13 décembre, avant les transfusions, indiqua un chiffre de 1.800.000 hématies, ce qui témoigne d'une anémie extrême.

Les suites opératoires ne furent marquées par aucun incident. Le malade a repris une vie normale.

OBSERVATION N° 4

MM. OUDARD et GUICHARD (*Du mécanisme de l'hémorragie à symptomatologie retardée dans les ruptures de la rate*). *Presse Médicale* n° 30, 13 avril 1932.

M. Jean, ouvrier de l'Arsenal, 30 ans. Entre à l'hôpital maritime Sainte-Anne le 24 décembre 1924 au soir.

Chute dans un bassin de radoub, 4 jours avant. L'hypochondre gauche a heurté un madrier dans le fond du bassin.

Le blessé a continué à travailler jusqu'à 11 heures, est rentré chez lui à pied et est resté au repos à domicile trois jours. Je vois le blessé le 25 au matin (4^e jour) : ventre légèrement ballonné, cependant souple, un peu

sensible à la pression; contraction de défense sous le rebord costal dans l'hypocondre gauche et le flanc gauche. Pouls à 100; température 38° 5. Diagnostic : hémorragie intra-péritonéale, lésion probable de la rate.

A l'intervention : petite quantité de sang (environ un demi-litre) et quelques caillots dans la cavité péritonéale. On écarte en bas la grosse tubérosité de l'estomac et pénètre dans une loge splénique distendue par une grande quantité de caillots; la quantité peut être évaluée à un litre. Rate éclatée. Pas d'hématome sous-capsulaire, Splénectomie. Transfusion. Mort par anurie (accident de transfusion).

OBSERVATION N° 5 (M. OUDARD)

L... Jean, soldat, 20 ans, chute de bicyclette le 19 août 1925 dans la matinée. N'a pu se relever après sa chute. Entre à l'hôpital Sainte-Anne le soir; se plaint de douleur dans l'épaule gauche, la région épigastrique et l'hypocondre gauche. L'examen de l'abdomen ne montre qu'une légère défense au niveau de l'épigastre. La région splénique est douloureuse, mais on ne constate pas, à la percussion, d'augmentation de volume de la rate.

Je vois le blessé le 20 août, vingt-quatre heures après l'accident. Température 36° 6; pouls 80; abdomen légèrement douloureux à la pression, avec un peu de défense, surtout marquée dans l'hypocondre et le flanc gauches. Diagnostic : hémorragie interne péritonéale, lésion probable de la rate.

A l'intervention : Dans la grande cavité péritonéale, petite quantité de sang pur, paraissant provenir de la région splénique.

La loge splénique est distendue par des caillots; la rate présente une large fissuration étoilée; pas d'hématome sous-capsulaire. Splénectomie.

L'un de nous vient d'observer un cas identique.

OBSERVATION N° 6 (M. GUICHARD)

G..., 16 ans, entre à l'hôpital maritime de Lorient le 31 juillet 1931 pour fracture de côte à gauche et fracture du radius droit; lésions consécutives à une chute d'une hauteur de 4 mètres. Le blessé serait tombé sur la paume des deux mains et sur la région thoraco-abdominale, face antérieure. L'accident date de 40 heures. Léger météorisme, mobilité normale de la paroi abdominale pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration forcées.

La palpation révèle une défense sous-costale gauche sur deux travers de doigt de hauteur.

Matité anormalement étendue au niveau de la région splénique, qui est très douloureuse. Base du poumon gauche immobilisée sans signes pleuraux ni pulmonaires.

Pas de défense du reste de l'abdomen. Toucher rectal négatif.

Température normale; pouls 90; signes de Shock. Par ailleurs il existe une fracture de l'extrémité inférieure des radius gauche et droit.

Intervention immédiate sous éther. Laparatomie médiane sus-ombilicale.

L'estomac se présente immédiatement distendu, se herniant entre les lèvres de la plaie opératoire.

Pas de liquide ni de gaz. Exploration du Douglas à la compresse montée sur un long clamp courbe. La compresse revient mouillée de sang.

Débridement vers les fausses côtes à gauche. On récline l'estomac en bloc vers la droite, une quantité importante de sang inonde alors le champ opératoire.

On se porte sur la rate qui présente une rupture transversale au niveau de son hile, avec section totale du ligament gastro-sphérique. Splénectomie après hémostate par clamp qu'on laisse en place. Suture en un plan au fil de bronze. Suites normales. Clamp enlevé le 4^e jour. Le blessé sort de l'hôpital le 20^e jour.

OBSERVATION N° 7

MM. HUBNER et ROY. *Rupture traumatique de la rate saine. Grosse hémorragie intra-péritonéale avec contracture généralisée. Splénectomie. Guérison.* (*Presse Médicale*, n° 69, 29 août 1931.)

M^{lle} D..., 22 ans, tombe de bicyclette le 2 septembre 1930, à 6 heures du soir. Dans cette chute, le flanc gauche heurte la bordure du trottoir. Cette jeune fille se relève, mais préfère rentrer chez elle en taxi en raison d'une douleur assez vive au côté gauche de l'abdomen.

Peu après son arrivée chez elle, elle présente quelques lipothymies sans syncope vraie et se met au lit.

Son état semblant s'aggraver, elle est transportée dans la soirée à l'Hôpital général, où elle entre au service de M. Gaudemet.

Appelé par l'interne de garde, M. Charbonneau, nous voyons cette malade à 11 heures du soir, soit environ cinq heures après la chute.

Nous trouvons une jeune femme exsangue; le pouls difficilement perceptible bat à 145-150. Nez froid, extrémités froides. La malade se plaint faiblement, elle accuse une dyspnée assez marquée. Après un bref interrogatoire qui nous apprend ce que nous avons relaté ci-dessus, l'examen de l'abdomen nous montre un ventre légèrement météorisé. Pas d'ecchymoses.

Nous constatons une contracture généralisée de l'abdomen. Il est possible de déprimer encore très légèrement la paroi, mais cette pression, même légère, est douloureuse.

Douleur et contracture s'étendent à tout l'abdomen. La percussion montre un ventre sonore et une disparition complète de la matité hépatique; pas de douleur dans le dos ni au niveau des épaules. Température : 36°. Le toucher vaginal n'est pas fait.

Devant ces signes évidents d'hémorragie interne, et

en raison de la localisation du traumatisme, nous portons le diagnostic de rupture de la rate.

Nous faisons une restriction sur la possibilité de lésion possible de l'intestin en raison de la disparition de la matité hépatique et surtout de la contracture abdominale généralisée.

On pratique immédiatement une injection de 1 litre de sérum physiologique tiède sous-cutané, et la malade est transportée sur la table d'opérations où elle est placée tête en bas.

Intervention 2 septembre 1930; opérateur M. Hubner; aide M. Roy, A. G. K. E.

On pratique sur deux centimètres une petite boutonnière sous-ombilicale. Issue de sang. Pas de gaz, aucune odeur. Un crin referme en un plan cette plaie minuscule.

On se porte à l'hypocondre gauche.

Incision sous-costale gauche, longue d'une vingtaine de centimètres à deux travers de doigt du rebord costal. Un flot de sang s'échappe à l'ouverture du péritoine. La main gauche introduite sous le diaphragme reconnaît la rate qui est rompue complètement en deux fragments libres l'un de l'autre.

On ne peut se rendre compte, en raison de l'énorme quantité de sang qui vient tout aveugler, si l'hémorragie continue à ce moment. Prenant entre deux doigts le pédicule splénique, on amène facilement au dehors et l'un après l'autre les deux fragments. L'inférieur ne tient plus qu'à un lambeau de pédicule. Au ras de l'organe, nous plaçons un clamp courbe et sectionnons le pédicule. Deux ligatures étagées assurent son hémostase. Fermeture en deux plans, un péritonéal au catgut, un musculo-cutané aux crins.

La malade est remise dans son lit tête basse, membres élevés. A nouveau sérum sous-cutané et toni-cardiaques.

Le lendemain, premier gaz, faciès meilleur; température 38° 4, pouls 130.

Le surlendemain, l'état s'améliore, la malade se recoloré notablement. Dans la journée, apparaît une douleur au niveau de l'omoplate gauche. Rien à l'auscultation. Cette douleur s'apaise d'ailleurs rapidement.

Une selle au quatrième jour.

La température, qui s'est maintenue à 38° environ pendant 8 jours, commence à tomber et la malade quitte le service le 19 septembre, soit 17 jours après l'intervention.

L'examen de la pièce a montré une rate d'un volume normal; poids 230 grammes. Les tranches de section sont recouvertes d'un épais caillot fibrineux, ce qui nous donne à penser qu'au moment de l'intervention l'hémostase spontanée s'était effectuée dans une certaine mesure.

L'examen histologique, pratiqué par M. Kuhn, a montré :

Au voisinage du foyer de rupture, des lésions hémorragiques diffuses. Dans les régions situées loin de ce foyer, on trouve encore çà et là une infiltration hémorragique des sinus.

Il existe un léger état d'endothéliose de l'organe. En somme, rate saine, ne présentant aucune lésion pouvant penser à un état leucémique.

Nous avons par ailleurs fait examiner à plusieurs reprises la formule sanguine de notre malade; nous en consignons les résultats dans le tableau qui suit :

Nous avons revu à plusieurs reprises notre malade. La convalescence a été troublée par deux crises de cholecystite aiguë avec subictère accentué, une le 8 octobre 1930, une seconde le 22 octobre 1930.

Revue en mai 1931, soit 9 mois après l'opération,

notre malade se porte bien, a engraisé de 4 kilos. Paroi excellente sans atrophie musculaire et sans éventration.

OBSERVATION N° 8 (MM. HUBNER et ROY)

B... Hubert, 28 ans, agent de police.

Il s'agit d'un homme vigoureux, de santé antérieure parfaite, qui, le 12 avril 1931, fait une chute de motocyclette.

Le choc porte surtout au niveau de l'épaule et de l'hémithorax gauches.

Aucune syncope, il peut même se relever, fait quelques pas, mais souffrant beaucoup du ventre, il s'immobilise.

L'entrée à l'hôpital a lieu 6 heures après l'accident.

A l'examen : le faciès est bon avec pâleur à peine marquée. Le pouls est à 90, bien frappé et régulier.

Le blessé accuse de violentes douleurs en barre au niveau du creux épigastrique. Ces douleurs s'exagèrent au moindre mouvement et existent sans rémission depuis le début de l'accident. Pas de vomissement, mais hoquet. A l'examen : rien ne marque le point d'application d'un violent traumatisme thoraco-abdominal. Il existe seulement une fracture de la clavicule gauche.

A l'exploration de l'abdomen, qui est un peu ballonné, on trouve un ventre de bois. L'étage sus-ombilical est particulièrement crispé et très douloureux. La matité hépatique a disparu et il existe de la matité dans les flancs.

Au toucher rectal, le Douglas n'est pas tendu, mais seulement douloureux.

La fosse lombaire gauche est douloureuse mais non infiltrée.

En raison de la contracture abdominale et de l'absence des signes nets d'hémorragie interne, on porte le diagnostic de « rupture d'un viscère creux ».

Intervention : 8 heures après l'accident. Opérateur : M. Roy; aide : M. Thomson, interne. A. G. balsoforme.

Laparatomie médiane, sus-ombilicale. Une quantité importante de sang, environ 1 litre 1/2, emplit le ventre. Il n'existe pas de perforation intestinale. Le foie est vérifié et reconnu intact.

On se porte alors du côté de la loge splénique et l'on reconnaît la rate qui est divisée longitudinalement en deux fragments que relie encore un pont insignifiant.

On fait alors une courte incision de décharge transversale gauche. Un clamp sur le pédicule, section au ras de l'organe. Fermeture de la paroi en deux plans au catgut chromé et aux crins.

Immédiatement après l'intervention, on fait une injection intra-veineuse de 300 cmc. de sérum chaud.

La rate enlevée pèse 160 gr. et est histologiquement saine.

Au point de vue des suites opératoires immédiates, le blessé a présenté des symptômes de pneumonie traumatique gauche. Il est actuellement convalescent et en bon état général.

La formule sanguine a été contrôlée à plusieurs reprises.

	13 avril 1931	14 avril	20 avril 1931	1 ^{er} mai 1931
Hémoglob...	70 %	»	»	80 %
Gl. rouges...	4.600.000	»	3.200.000	4.000.000
Gl. blancs...	25.000	26.000	7.000	9.600
Lympho....	5 %	3 %	40 %	30 %
Poly.....	95 %	97 %	60 %	70 %

CONCLUSIONS

Premier point :

Le diagnostic de rupture traumatique de la rate est d'une importance capitale, cette lésion nécessitant une intervention chirurgicale immédiate.

Deuxième point :

Le diagnostic est faisable dans la majorité des cas par les signes cliniques.

Troisième point :

La numération des globules rouges est d'un grand secours pour préciser le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale.

Quatrième point :

La splénectomie est l'opération de choix. La laparotomie médiane est suffisante pour exécuter aisément la splénectomie; elle évite l'éventration et ne nécessite pas la fixation des muscles grands droits à

leur l'aponévrose profonde, comme dans les incisions transversales qui allongent inutilement l'opération chez les malades déjà choqués.

Cinquième point :

La splénectomie dans les cas de rupture traumatique de la rate ne compromet nullement par la suite la santé du sujet.

VU : *Le Doyen,* VU : *Le Président de Thèse,*
BALTHAZARD. LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

QUÉNU. — *Diagnostic et traitement des ruptures traumatiques de la rate avec hémorragie en péritoine libre*. Paris, 1926.

— *Diagnostic et traitement des ruptures de la rate avec hémorragie en péritoine libre*. — *Journal de Chirurgie*, tome 28, n° 4, octobre 1926.

BUQUET. — Splénectomie par plaie de la rate. — *Bulletin et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, tome XX, n° 1, janvier 1926.

CAHEN et PICARD. — Rupture d'une rate à symptomatologie très discrète. — *Bulletin et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, tome LVIII, n° 9, 1932.

LOUDARD et GUICHARD. — Du mécanisme de l'hémorragie à symptomatologie retardée dans les ruptures de la rate. — *Presse Médicale*, n° 30 avril 1932.

HUBNER et ROY. — Rupture traumatique de la rate saine. Grosse hémorragie intra-péritonéale avec contracture généralisée. Splénectomie. Guérison. — *Presse Médicale*, n° 69, août 1931.

DESJACQUES, BÉRARD et LATHURAY et VIOLET. — Les ruptures associées de la rate et du rein gauche. — *Revue de Chirurgie*, novembre 1930.

PATEY. — Rupture en apparence spontanée d'une rate normale. — *Britisch Medical Journal*, mars 1929.

PETRIDIS. — Rupture de la rate 11 jours après une chute. Mort par inondation péritonéale. — *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique*.

SÉJOURNET. — *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, tome XXV, n° 5, 1933.

